

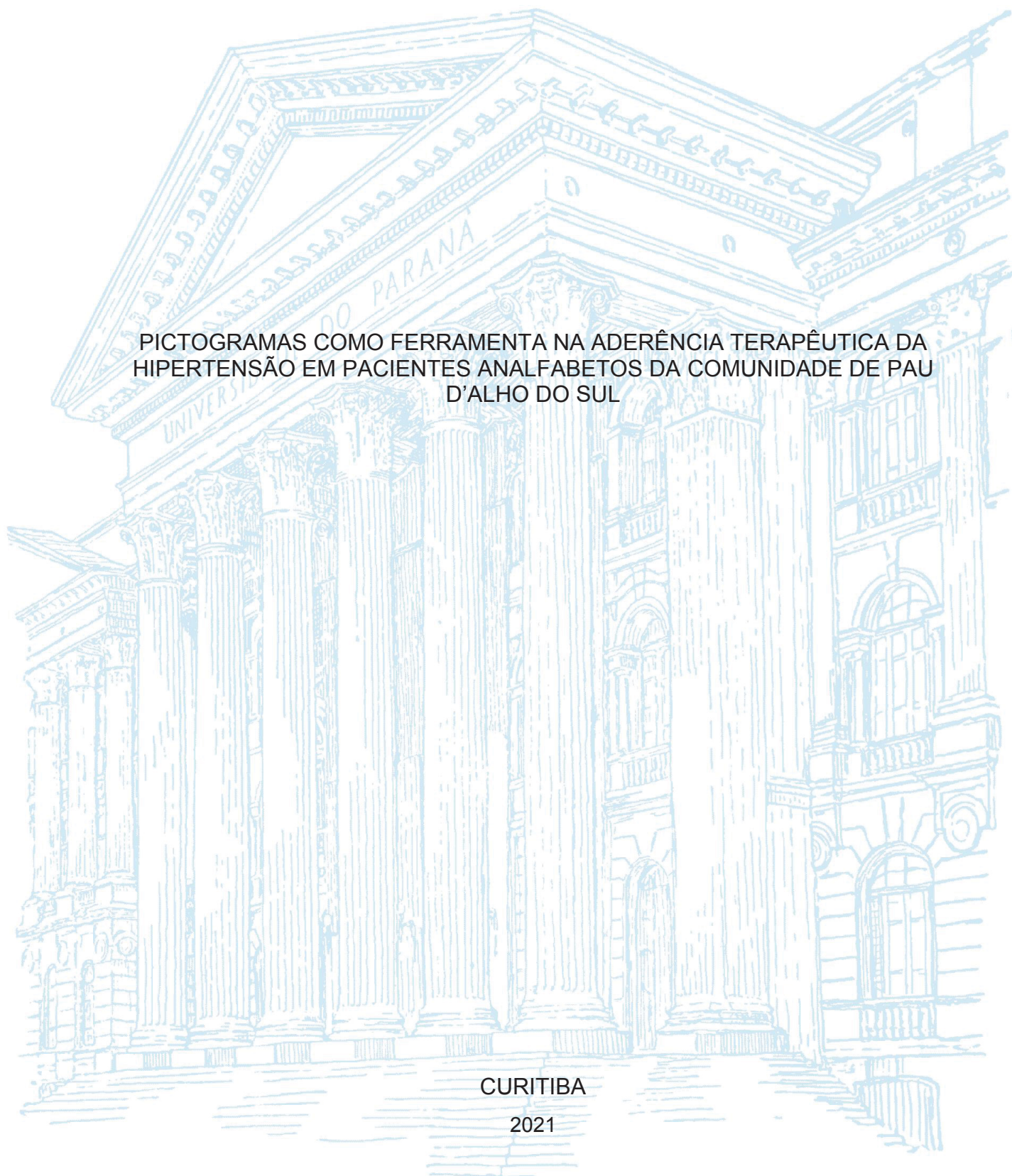
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BRUNO HENRIQUE SENA FERREIRA

PICTOGRAMAS COMO FERRAMENTA NA ADERÊNCIA TERAPÊUTICA DA  
HIPERTENSÃO EM PACIENTES ANALFABETOS DA COMUNIDADE DE PAU  
D'ALHO DO SUL

CURITIBA

2021



BRUNO HENRIQUE SENA FERREIRA

PICTOGRAMAS COMO FERRAMENTA NA ADERÊNCIA TERAPÊUTICA DA  
HIPERTENSÃO EM PACIENTES ANALFABETOS DA COMUNIDADE DE PAU  
D'ALHO DO SUL

TCC apresentado ao curso de Especialização em  
Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde  
Universidade Federal do Paraná, como requisito  
parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Ms. Alexandra Lunardon  
Silvestre

CURITIBA

2021

## DEDICATÓRIA

Ao meu finado colega de trabalho e outrora professor Paulo André Chenso.  
Sempre acreditei que a ciência e a inteligência são meios para que pessoas  
conectarem-se e crescerem

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família por todo apoio e incentivo durante minha vida e meus estudos.

## RESUMO

Embora o analfabetismo apresente uma diminuição ao longo dos anos, ainda é uma realidade frequente no Brasil, principalmente em meio à população idosa. Pacientes que possuem hipertensão, necessitam do uso contínuo de medicamentos para o controle dessa comorbidade, entretanto a não compreensão, por parte de paciente analfabetos, de como utilizá-los corretamente é considerado um agravante e conseqüentemente um fator de não aderência ao tratamento medicamentoso. Nesse sentido, a utilização de pictogramas, que são ilustrações que remetem à informações comumente compreendidas, podem ser utilizados para auxiliar esses pacientes no uso corretos dos remédios. No presente trabalho, realizou-se o desenvolvimento e a implementação de pictogramas em caixas de remédios para pacientes analfabetos do Município de Assaí localizado no Estado do Paraná, Brasil. Os resultados foram positivos e, por meio do modelo de avaliação aqui apresentado, verificou-se que houve uma maior aceitação e adesão ao tratamento medicamentoso, ressaltando que essa ferramenta pode ser utilizada não só para pacientes de hipertensão, como também para todos os pacientes em que julgar-se necessário.

Palavras-chave: Pictogramas; Medicamentos, Analfabetismo, Hipertensão, Implementação.

## **ABSTRACT**

Although illiteracy has decreased over the years, it is still a frequent reality in Brazil, especially among the elderly population. Patients who have hypertension need the continuous use of medications to control this comorbidity, however, the illiteracy of illiterate patients on how to use them correctly is considered an aggravating factor and consequently a factor of non-adherence to drug treatment. In this sense, the use of pictograms, which are illustrations that refer to information commonly understood, can be used to assist these patients in the correct use of medicines. In the present work, the development and implementation of pictograms in medicine boxes for illiterate patients in the Municipality of Assaí, located in the State of Paraná, Brazil, was carried out. The results were positive and, through the evaluation model presented here, it was found that there was greater acceptance and accession to drug treatment, emphasizing that this tool can be used not only for hypertension patients, but also for all patients in hypertension deemed necessary

**Keywords:** Pictograms; Medicines, Illiteracy, Hypertension, Implementation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma do tratamento farmacológico indicado conforme valores pressóricos.....	17
Figura 2- Representação em quatro fases do ciclo de.....	25
Figura 3 - Representação de como funcionará a distribuição dos medicamentos nas caixas identificadas com pictogramas.....	32

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade. ....	16
Quadro 2- Fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo .....	21
Quadro 3 – Estratégias para promover a adesão ao tratamento anti-hipertensivo ...	22

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Cronograma das atividades do planejamento .....	28
Tabela 2 - <i>Checklist</i> de avaliação quanto a utilização da caixa com pictogramas. ...	33
Tabela 3 – Resultados obtidos .....	36

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

DBHA	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
HA	Hipertensão Arterial
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
1.1 PROBLEMA .....	10
1.2 OBJETIVO .....	11
1.1.1 Objetivos Específicos .....	12
1.3 JUSTIFICATIVA .....	12
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>13</b>
2.1 HIPERTENSÃO: DEFINIÇÕES, IMPACTO E FATORES DE RISCO.....	13
2.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO da hipertensão .....	14
2.3 ADESÃO TERAPÊUTICA E A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL .....	18
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>24</b>
3.1 PLANEJAMENTO/DIAGNÓSTICO SITUACIONAL .....	26
3.2 FASE DA AÇÃO .....	30
3.2.1 Aplicabilidade.....	30
3.2.2 Implantação .....	30
3.2.3 Implementação .....	33
3.3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS.....	35
3.4 AVALIAÇÃO DAS AÇÕES.....	36
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>38</b>
<b>5 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>40</b>
<b>APÊNDICE 1</b> .....	<b>41</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Diversos são os fatores que impulsionam os profissionais da saúde a prescrever medicamentos para tratamentos de enfermidades, dentre estes fatores têm-se a facilidade do tratamento, simplicidade no uso, a variedade de fármacos disponíveis no mercado, dentre outros.

Por outro lado, quando se considera pacientes analfabetos, tal procedimento pode não ser tão simples assim, podendo haver confusão quanto à administração de horários e identificação de qual remédio deve ser ingerido, o que fundamenta a baixa aderência nos tratamentos medicamentosos por esses indivíduos. Nesse contexto, o presente estudo relaciona tal fenômeno aos pacientes de uma determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no Paraná.

O município de Assaí está localizado no norte do estado do Paraná e de acordo com o website da prefeitura local, há aproximadamente 16.354 habitantes, sendo a população rural de 2.767 pessoas (13%). Ainda sobre sua população, verifica-se maior parte identificada como jovens e adultos, sendo que a quantidade de crianças e jovens se aproxima do dobro em relação à de idosos. A cidade está vinculada à 17ª regional de saúde (Londrina) e ainda possui dois distritos nomeados como Sede e Pau D'Alho do Sul (PREFEITURA DE ASSAÍ, 2020). Em relação ao distrito Pau D'Alho do Sul, o qual se aplica o presente trabalho, este fica na zona rural de Assaí e distante em aproximadamente 25 km do centro da cidade.

A UBS Pau D'alho do Sul é o centro de saúde que leva o nome do distrito. Atende principalmente as famílias de baixa renda que em sua maioria se concentram próximas (cerca de 200 – 300 famílias), mas também a grande área rural de baixa densidade demográfica. O distrito carece de estabelecimentos comerciais, o que acaba por obrigar a população local a se dirigir ao centro urbano de Assaí para a compra de mantimentos, realização de exames, compra de medicamentos, dentre outras necessidades. Com essa prática, muitos dos pacientes possuem o costume de procurar assistência saúde na própria cidade de Assaí.

As pessoas que são atendidas na UBS Pau D'Alho do Sul, em grande parte apresentam queixas provindas da condição de seus trabalhos insalubres, extenuantes, e que por vezes gera morbidade como o comprometimento osteomuscular. Além do mais, outra característica da comunidade local é o alto índice de analfabetismo o que, pode comprometer o tratamento médico prescrito, aumentando o descontrole de doenças e culminando em complicações graves, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca (doenças de alta prevalência/incidência na região).

Entretanto e supostamente devido ao pequeno tamanho da comunidade, frequentemente verifica-se que pessoas próximas e mais instruídas do que o paciente em tratamento, que por vezes ajudam na administração da medicação, auxiliam no transporte, dão orientações adicionais, o que contribui para o bem-estar da comunidade.

Nesse contexto e levando em conta o cenário atual da UBS Pau D'Alho do Sul, seus problemas e perfil dos pacientes ali atendidos, o presente trabalho está relacionado ao desenvolvimento de um projeto de ação que visa facilitar a compreensão e interpretação no uso de remédios para que, conseqüentemente, aumente a adesão aos tratamentos com fármacos pelos pacientes analfabetos ou com baixo nível de alfabetização da comunidade.

## 1.1 PROBLEMA

O analfabetismo além de indicar a incapacidade de ler e escrever, está também relacionado ao desenvolvimento de todo um país. De acordo com Paddick et al. (2017), aproximadamente 700 milhões de pessoas, no mundo todo, são analfabetas, e esse analfabetismo é mais comum em pessoas mais idosas e em países de baixa e média renda.

No Brasil, um índice publicado pelo IBGE em 2016, que analisou indicadores socioeconômicos no período entre 2004 e 2015, o analfabetismo, está presente em aproximadamente 8% da população nacional, correspondendo a aproximadamente 12,9 milhões de pessoas (IBGE, 2016).

Muitas são as dificuldades de quem não sabe ler nem escrever, tais como confusões com letras e números, dificuldades em obter informações descritas em cartazes e placas, escolher produtos no supermercado, utilizar transporte público, operações simples em caixas eletrônicos de agências bancárias, dentre outras. Além do mais, pode-se citar também a dificuldade em administrar medicamentos para determinado tratamento de saúde.

Albuquerque et al. (2016) realizaram um estudo na cidade de Colombo, no Paraná, e identificaram a baixa adesão aos tratamentos com medicamentos por pacientes com hipertensão arterial, principalmente pelos analfabetos.

Da mesma forma, nota-se comportamento semelhante na UBS Pau D'Alho do Sul, em que há dificuldade por conta de grande parte dos pacientes em identificar quais medicamentos devem ser ingeridos e seus respectivos horários, principalmente quando há mais de um fármaco em questão.

Diante deste cenário, a problemática envolvida no presente trabalho relaciona a baixa adesão, pelos pacientes analfabetos com diferentes comorbidades (em particular a hipertensão), aos tratamentos com medicamentos.

Desta forma, propõe-se um Plano de Intervenção (PI) quem tem como finalidade o aumento na adesão aos tratamentos com fármacos quando prescritos para pacientes analfabetos da UBS Pau D'Alho do Sul. Caixas subdivididas e com pictogramas serão disponibilizadas a estes pacientes, de modo a ordenar e orientar corretamente os remédios nos horários pré-definidos. Esse processo envolverá os profissionais de saúde da UBS que realizarão atividades como a distribuição das caixas, explicação e auxílio na divisão dos remédios, bem como os agentes comunitários que, por meio das visitas domiciliares realizadas à comunidade, além de consultas ambulatoriais, poderão identificar essa adesão ao tratamento e obter informações quanto ao controle e situação atual dos pacientes.

## 1.2 OBJETIVO

Implantar pictogramas como ferramenta para adesão terapêutica da hipertensão, em pacientes analfabetos da comunidade de Pau D'Alho do Sul.

### 1.1.1 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos deste trabalho são:

Desenvolver pictogramas que representem horários para a ingestão correta de medicamentos;

- Mapear os pacientes hipertensos e que se enquadram no perfil de analfabetos ou semianalfabetos (ou de baixa escolaridade);

- Elaborar formato para 50 caixas com subdivisões para a distribuição dos remédios;

- Realizar capacitações para os profissionais atuantes no PSF (enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) no que tange a hipertensão (definição, malefícios, importância do tratamento), aferição de PA a domicílio, compreensão e domínio do método proposto para assim replica-lo em visitas;

- Acompanhar o paciente pelo período de 6 (seis) meses, com reavaliações periódicas e *checklist*;

- Avaliar o impacto causado pelo método através da análise dos acompanhados se comparados ao de um grupo controle;

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Justifica-se o presente trabalho em face da dificuldade que pessoas analfabetas ou com baixo nível de alfabetização possuem ao compreender as instruções e administrar medicamentos para o controle e tratamento de suas comorbidades. Ainda que, com o passar dos anos verifica-se uma diminuição nos índices de analfabetismo no Brasil; último dado do IBGE mostra que aproximadamente 12,9 milhões de pessoas são consideradas analfabetas (IBGE, 2016), uma considerável população e que se apresenta distribuída por país.

O plano de ação aqui sugerido, mesmo que a princípio, poderá beneficiar a comunidade da UBS Pau D'Alho do Sul, não se encontra restrito a

essa comunidade, uma vez que o mesmo pode ser desenvolvido por qualquer outra unidade básica de saúde que enfrente realidade semelhante.

Isso porque, este projeto pode ser considerado de simples execução e, embora grande parte dos trabalhos já encontrados na literatura apresente apenas uma revisão bibliográfica do uso de prescrição com pictogramas, há pesquisas que demonstraram resultados positivos na compreensão por parte dos pacientes. Tem-se como exemplo os estudos de Albuquerque et al. (2016) e Sampaio et al. (2008).

Sendo assim, espera que bons resultados sejam alcançados na UBS Pau D'Alho do Sul, uma vez que esta dificuldade descrita anteriormente é uma realidade de grande parte da comunidade local.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 PERTENSÃO: DEFINIÇÕES, IMPACTO E FATORES DE RISCO**

Segundo Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA, 2020) A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva (DBHA, 2020).

Por se tratar de condição frequentemente assintomática, a HA costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos. Ela é o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Associa-se a fatores de risco metabólicos para as doenças dos sistemas cardiocirculatório e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, e diabetes

melito (DM). Além disso, apresenta impacto significativo nos custos médicos e socioeconômicos, decorrentes das complicações nos órgãos-alvo, fatais e não fatais, como: coração: doença arterial coronária (DAC), insuficiência cardíaca (IC), fibrilação atrial (FA) e morte súbita; cérebro: acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico (AVEI) ou hemorrágico (AVEH), demência; rins: DRC que pode evoluir para necessidade de terapia dialítica; e sistema arterial: doença arterial obstrutiva periférica (DAOP).

As DCV são a principal causa de morte, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais em todo o mundo, inclusive em países em desenvolvimento como o Brasil. Em 2017, dados completos e revisados do Datasus mostraram a ocorrência de 1.312.663 óbitos no total, com um percentual de 27,3% para as DCV. A HA estava associada em 45% destas mortes cardíacas: DAC e IC e de 51,0% das mortes por doença cerebrovascular (DCbV) e um percentual muito pequeno de mortes diretamente relacionadas com a HA (13,0%). Vale ressaltar que a HA mata mais por suas lesões nos órgãos-alvo. No ano de 2017, dados da Carga Global das Doenças (GBD) indicaram que as DCV foram responsáveis por 28,8 % do total de mortes entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Com o envelhecimento, a PAS torna-se um problema mais significativo, resultante do enrijecimento progressivo e da perda de complacência das grandes artérias. Em torno de 65% dos indivíduos acima dos 60 anos apresentam HA, e deve-se considerar a transição epidemiológica que o Brasil vem sofrendo, com um número ainda maior de idosos ( $\geq 60$  anos) nas próximas décadas, o que acarretará um incremento substancial da prevalência de HA e de suas complicações. Entre os fatores socioeconômicos, podemos destacar menor escolaridade e condições de habitação inadequadas, além da baixa renda familiar, como fatores de risco significativo para HÁ (DBHA, 2020).

## 2.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial (HA) inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeita e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular (CV). As lesões de órgão-alvo (LOA)

e as doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação: a medida da pressão arterial (PA) no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados e calibrados, a obtenção de história médica (pessoal e familiar), a realização de exame físico e a investigação clínica e laboratorial. Propõem-se avaliações gerais a todos os hipertensos e avaliações complementares apenas para grupos específicos (DBHA, 2020).

A PA deve ser medida em toda avaliação por médicos, de qualquer especialidade, e por todos os profissionais da saúde devidamente capacitados. Exclusivamente aos médicos cabem o diagnóstico de HA e seus fenótipos, assim como a conduta relacionada a tais diagnósticos. Os esfigmomanômetros auscultatórios ou oscilométricos são os métodos preferidos para medir a PA. Esses dispositivos devem ser validados de acordo com as condições e os protocolos padronizados, e sua calibração deve ser verificada anualmente, no caso dos oscilométricos, e a cada seis meses no caso dos auscultatórios ou de acordo com as orientações do Inmetro/Ipem. A PA deve ser inicialmente medida nos dois braços e idealmente estabelecida por medição simultânea. Caso ocorra uma diferença  $> 15$  mmHg da PAS entre os braços, há o aumento do risco CV, o qual pode estar relacionado com a doença vascular aterosclerótica. Todas as medidas subsequentes devem ser realizadas no braço com valores mais elevados da PA (DBHA, 2020).

São considerados hipertensos os indivíduos com PAS  $\geq 140$  mmHg e/ou PAD  $\geq 90$  mmHg. Quando utilizadas as medidas de consultório, o diagnóstico de HA deverá ser sempre validado por medições repetidas, em condições ideais, em duas ou mais visitas médicas em intervalo de dias ou semanas; ou de maneira mais assertiva, realizando-se o diagnóstico com medidas fora do consultório (MAPA ou MRPA), excetuando-se aqueles pacientes que já apresentem LOA ou doença CV. Define-se a classificação de acordo com a PA do consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. Indivíduos com PAS  $\geq 140$  mmHg e PAD  $< 90$  mmHg são definidos como portadores de HA sistólica isolada, enquanto a presença de níveis de PAS  $< 140$  mmHg e PAD  $\geq 90$  mmHg caracteriza a HA diastólica isolada. Tanto a HA sistólica isolada quanto a HA diastólica isolada apresentam maior prevalência de HA do avental branco (HAB).

Os limites de PA considerados normais são arbitrários. 164,179 Os valores que classificam o comportamento da PA em adultos por meio de medidas casuais ou de consultório estão expressos no Quadro 1:

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade.

<b>Classificação</b>	<b>PAS (mmHg)</b>		<b>PAD (mmHg)</b>
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
Ha Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	>= 180	e/ou	>= 110

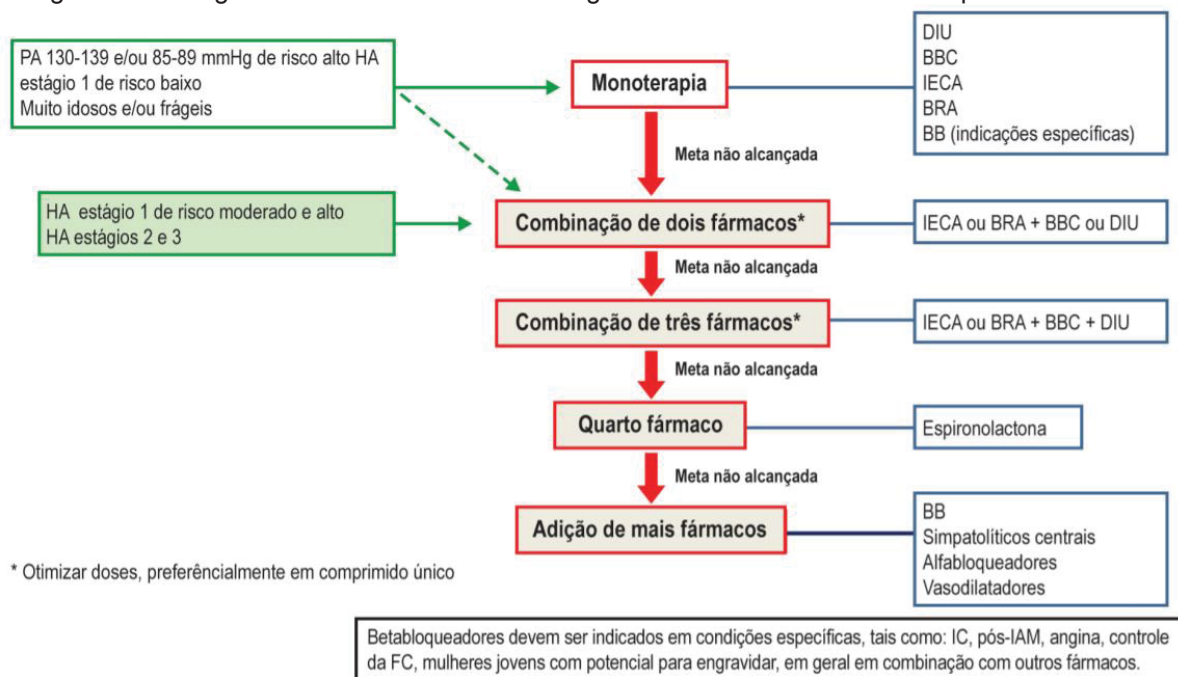
FONTE:DBHA (2020)

A proteção cardiovascular (CV) consiste no objetivo primordial do tratamento anti-hipertensivo. A redução da pressão arterial (PA) é a primeira meta, com o objetivo maior de reduzir desfechos CV e mortalidade associados à hipertensão arterial (HA). Os resultados de metanálises de estudos clínicos randomizados em pacientes hipertensos mostraram que a redução de PA sistólica de 10 mmHg e diastólica de 5 mmHg com fármacos se acompanha de diminuição significativa do risco relativo de desfechos maiores: 37% para acidente vascular encefálico (AVE), 22% para doença arterial coronariana (DAC), 46% para insuficiência cardíaca (IC), 20% para mortalidade CV e 12% para mortalidade total. Observa-se que os benefícios são maiores quanto maior o risco CV, mas ocorrem mesmo em pacientes com pequenas elevações da PA com risco CV baixo a moderado (DBHA, 2020).

A maioria dos pacientes hipertensos necessitará de fármacos em adição às modificações do estilo de vida para alcançar a meta pressórica. O Fluxograma na Figura 1 mostra as recomendações de início de tratamento com intervenções no estilo de vida e do tratamento farmacológico de acordo com a pressão arterial, a idade e o risco cardiovascular.



Figura 1 - Fluxograma do tratamento farmacológico indicado conforme valores pressóricos.



FONTE: DBHA (2020)

As cinco principais classes de fármacos anti-hipertensivos – diuréticos (DIU), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) e betabloqueadores (BB) demonstraram reduções significativas da PA comparadas com placebo, acompanhadas de diminuições consideráveis dos desfechos CV fatais e não fatais, benefício relacionado fundamentalmente com a redução da PA. Os BB são úteis quando há certas condições clínicas específicas: pós-infarto agudo do miocárdio (IAM) e angina do peito, IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr), para o controle da frequência cardíaca (FC) e em mulheres com potencial de engravidar. Outras classes de fármacos, como os alfabloqueadores, os simpatolíticos de ação central, os antagonistas da aldosterona e os vasodilatadores diretos, não foram amplamente estudadas em ensaios clínicos e associam-se a maior taxa de eventos adversos e devem ser usadas quando não há controle da PA em uso de combinações utilizando-se as principais classes de fármacos já mencionadas.

### 2.3 ADESÃO TERAPÊUTICA E A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A implementação do tratamento anti-hipertensivo com medidas farmacológicas e não farmacológicas visa, principalmente, a reduzir a morbidade e a mortalidade decorrentes dos valores elevados da pressão arterial (PA). Apesar da efetividade e da eficácia comprovadas do tratamento, os índices de controle da hipertensão arterial (HA) ainda são insatisfatórios na maioria dos países, inclusive o Brasil. Um estudo nacional de revisão sistemática e metanálise realizado na atenção primária à saúde mostrou que a taxa de controle da HA variou de 43,7% a 67,5%. Os motivos para a falta de controle dos hipertensos são diversos, mas um dos fatores de maior peso nesse cenário é certamente a falta de adesão ao tratamento por diferentes motivos (DBHA, 2020).

Um documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicado em 2003 definiu a adesão como o “grau em que o comportamento de uma pessoa – tomar o medicamento, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida (MEV) – corresponde às recomendações acordadas com um prestador de assistência à saúde”. O principal motivo do controle inadequado da HA parece ser o não cumprimento do tratamento a longo prazo, tanto em MEV quanto no que se refere à observação da prescrição médica medicamentosa. Em 2012, em um novo documento da OMS, os autores diferenciam os processos, como a adesão aos medicamentos e o manejo da adesão. De acordo com tal diretriz, a adesão ao medicamento é um processo caracterizado por três grandes componentes: o início, a implementação e a descontinuação. O início é o tempo desde a prescrição até a tomada da primeira dose do medicamento; a implementação corresponde à coincidência entre a dose que o paciente toma e a dosagem prescrita; e a descontinuação marca a interrupção, quando se omite a próxima dose a ser tomada e se interrompe o tratamento posteriormente.

Apesar de várias terminologias utilizadas como sinônimos de adesão, como aderência, observância, complacência, fidelidade, *compliance*, a palavra mais apropriada para o tratamento proposto da HA é adesão. Os problemas de adesão nem sempre são fáceis de se detectar e quantificá-los é ainda mais

difícil. Para melhorar o controle da HA, é importante reunir esforços no sentido de identificar os pacientes não aderentes ao tratamento proposto. O abandono mostra-se frequente nos primeiros meses do tratamento, além de os pacientes poderem tomar os medicamentos em desacordo com a prescrição médica. Tal situação é descrita na literatura desde a década de 1970 e mantém-se em publicações mais recentes. A falta de adesão ao tratamento é frequentemente definida quando os hipertensos fazem uso de menos de 80% dos medicamentos prescritos. No entanto, pode variar ao longo de um contínuo de zero e até ultrapassar 100% naqueles que usam mais do que foi prescrito, o que também se considera não adesão ao tratamento (DBHA, 2020).

A adesão ao tratamento é um processo complexo e multidimensional no qual se identificam barreiras reunidas em cinco dimensões (Quadro 2) que podem fornecer uma visão mais abrangente para os profissionais de saúde, visando a intervenções eficazes para o melhor controle da PA. Fatores como idade, renda, escolaridade e etnia/raça destacam-se principalmente em locais com predomínio de baixo nível socioeconômico. O sistema de saúde ofertado e as características da equipe de saúde também podem influenciar a adesão dos hipertensos. Quanto à doença e ao tratamento, ressaltam-se a cronicidade e a ausência de sintomatologia da HA, o tratamento para toda a vida e o esquema medicamentoso complexo em alguns casos, além de efeitos indesejáveis e interações dos fármacos. Nos aspectos relacionados com o paciente, acrescentam-se a falta de envolvimento com sua problemática de saúde e o esquecimento do uso de medicamentos (DBHA, 2020).

A falta de adesão ao tratamento tem como principal consequência a falta de controle da HA e, portanto, o aumento de lesões em órgãos-alvo (LOA) e da morbimortalidade cardiovascular (CV). Essas consequências, por sua vez, têm grande impacto econômico, devido a maiores gastos de atendimentos de saúde e aposentadorias precoces. Por isso, a adoção de estratégias com o objetivo de promover uma melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo, seja de forma isolada ou em conjunto, sintetizadas no Quadro 3, tem como finalidade a mudança desse cenário. Entre todas as estratégias disponíveis, as mais factíveis de serem implementadas no Brasil e com maiores evidências, destacam-se:

- Automedida da PA (Grau de Recomendação I/Nível de Evidência B);

- Esquemas posológicos com maior comodidade: menores doses possíveis, tomada em dose única diária, associação de anti-hipertensivos em um mesmo comprimido (Grau de Recomendação I/Nível de Evidência A);
- Implementação de equipes multiprofissionais no cuidado de pacientes hipertensos com médico, enfermeiro, farmacêutico, educador físico, nutricionista, psicólogo, assistente social e agentes comunitários de saúde (Grau de Recomendação I/Nível de Evidência B).

Quadro 2- Fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo

---

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

- Sexo;
- Idade;
- Baixa escolaridade;
- Baixa renda;
- Minorias raciais/etnicidade;
- Acesso a transporte, distância e moradia em zona rural;
- Situações de desastres e pandemia.

---

**FATORES RELACIONADOS COM O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

- Falta de medicamentos nos serviços de saúde;
- Custo de aquisição dos medicamentos;
- Efeitos adversos;
- Esquemas posológicos complexos;
- Esquema terapêutico inadequado;
- Tratamento contínuo e prolongado.

---

**FATORES RELACIONADOS COM AS EQUIPES E O SISTEMA DE SAÚDE**

- Relacionamento médico/paciente inadequado;
- Ausência de atendimento em equipe multiprofissional;
- Tratamento não individualizado;
- Falha de identificar a não adesão;
- Comunicação ineficaz;
- Sobrecarga de trabalho da equipe de saúde;
- Falta de atualização.

---

**FATORES RELACIONADOS COM O PACIENTE**

- Negação do diagnóstico;
- Falta de percepção do benefício do tratamento;
- Conhecimento inadequado da doença e de seu tratamento;
- Esquecimento de tomar a medicação;
- Baixa motivação e autoestima;
- Medo de dependência e dos efeitos adversos dos medicamentos.

---

**FATORES RELACIONADOS COM A DOENÇA**

- Ausência de sintomas;
  - Complicações a longo prazo;
  - Presença de outras comorbidades associadas;
  - Abuso de álcool e drogas ilícitas;
  - Interferência na qualidade de vida.
-



Quadro 3 – Estratégias para promover a adesão ao tratamento anti-hipertensivo

---

**INTERVENÇÕES NO PACIENTE**

- Estratégias motivacionais;
  - Monitorização da pressão arterial domiciliar (medir a PA em casa);
  - Serviços de telemonitoramento a distância;
  - Educação em saúde para promover autocuidado;
  - Usos de lembretes e caixas organizadoras de medicamentos;
  - Incentivar apoio familiar e social;
  - Sessões de educação em grupo;
  - Envio de mensagem por telefonia móvel.
- 

**INTERVENÇÕES NO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

- Evitar doses elevadas em monoterapia;
  - Escolha de medicamentos com menor perfil de eventos adversos;
  - Esquemas com melhor comodidade posológica:
    - ✓ Dose única diária;
    - ✓ Dois ou três anti-hipertensivos combinados no mesmo comprimido;
  - Receituário de fácil entendimento (escrito ou impresso);
  - Tratamento diferenciado de acordo com características clínicas e demográficas (negros, idosos, mulheres, obesos, diabéticos).
- 

**INTERVENÇÕES NAS EQUIPES E SISTEMAS DE SAÚDE**

- Estabelecer vínculo com o paciente (fixar equipe de atendimento);
  - Comunicação clara;
  - Convocação de faltosos às consultas;
  - Visitas domiciliares;
  - Atuação de equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, farmacêutico, educador físico, nutricionista, psicólogo, assistente social, agentes comunitários de saúde);
  - Facilitar acesso aos medicamentos.
- 

FONTE: DBHA (2020)

Diversos estudos nacionais e internacionais demonstraram, de forma consistente, a superioridade do controle da pressão arterial (PA) com a abordagem multiprofissional, comparada com o tratamento convencional, com acréscimo na qualidade da assistência, melhor adesão e sucesso terapêutico, redução de FRCV, morbidade e mortalidade CV. Cuidados dispensados por equipes e decisões tomadas de forma compartilhada estão associados à redução de custos e a melhores resultados no tratamento da HA (DBHA, 2020).

Uma equipe multiprofissional forma-se a partir de ações integradas entre todos os seus membros. O que determina essa unidade não é apenas a dimensão espacial, mas principalmente o desenvolvimento de ações conjuntas, em que cada categoria profissional atua como ator independente em ações específicas de sua profissão, porém reconhecendo e associando suas ações aos demais membros da equipe. A atuação multiprofissional tem sido utilizada com sucesso em serviços de atenção primária, secundária e terciária à saúde. O nível de complexidade das ações profissionais pode distanciá-los de uma ação conjunta. Por outro lado, é na promoção da saúde e no nível de atenção primária que as atuações têm maior poder de integração, e o desempenho da equipe concretiza-se de forma efetiva. O trabalho em equipe tem vantagens como incentivar o paciente a replicar seus conhecimentos e atitudes, favorecer ações de pesquisa em serviço e proporcionar crescimento profissional aos membros da equipe e, conseqüentemente, da instituição (DBHA, 2020).

### 3 METODOLOGIA

O presente trabalho visa proporcionar aos pacientes de baixa escolaridade, analfabetos, funcionais ou não, da Unidade Básica de Saúde Pau D'Alho do Sul, uma comunidade de baixa renda vinculada ao município de Assaí/PR – Brasil, uma melhor compressão da administração dos medicamentos receitados para seus determinados tratamentos, mas principalmente a hipertensão.

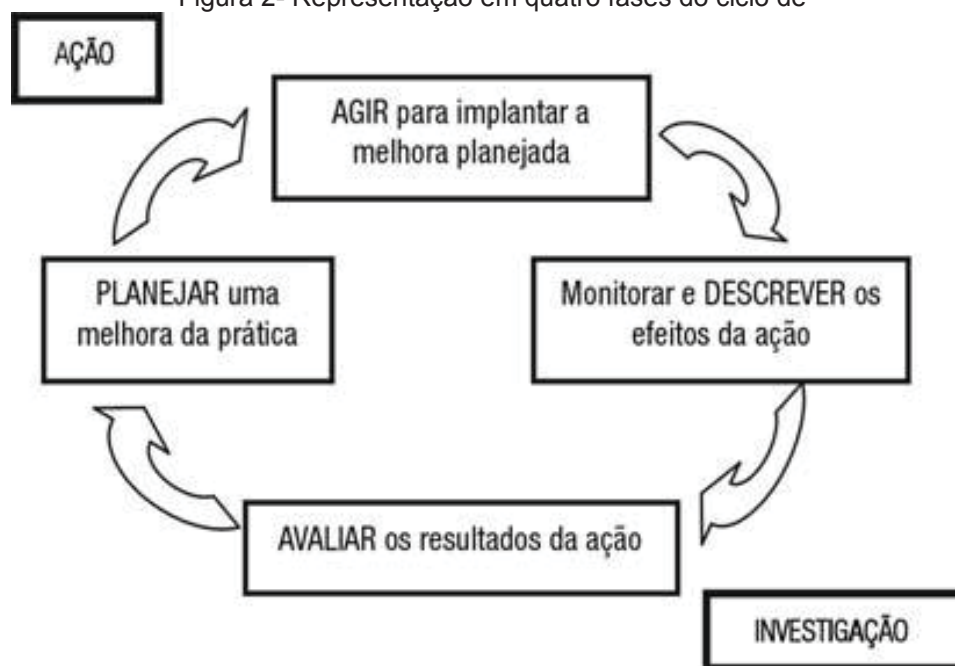
Para isso, será utilizado um recipiente (caixa de papelão) produzido e padronizado pela equipe atuante no PSF, contendo pictogramas com desenhos que facilitam a compreensão de qual é o horário a ser tomado o medicamento previamente prescrito em consulta médica. Posteriormente a implementação, será avaliada a eficácia do método comparando aqueles que fizeram uso da caixa, com aqueles que apenas são acompanhados pela equipe.

Descreve-se o método como uma pesquisa ação, pois as ações desenvolvidas modificam-se, aprimoram-se conforme os resultados observados em campo sejam bons ou ruins, assim como para contornar as dificuldades que venham a surgir durante sua execução. Tal processo visa aprimorar o trabalho desenvolvido e conseqüentemente promover saúde a comunidade envolvida na ação.

É importante que se reconheça a pesquisa-ação como um dos inúmeros tipos de investigação-ação, que é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (TRIPP et al.; 2005). As quatro fases da pesquisa-ação estão representadas na Figura 2.



Figura 2- Representação em quatro fases do ciclo de



Fonte: TRIPP et al. (2005)

A maioria dos processos de melhora segue o mesmo ciclo. A solução de problemas, por exemplo, começa com a identificação do problema, o planejamento de uma solução, sua implementação, seu monitoramento e a avaliação de sua eficácia. Analogamente, o tratamento médico também segue o ciclo: monitoramento de sintomas, diagnóstico da doença, prescrição do remédio, tratamento, monitoramento e avaliação dos resultados (TRIPP et al.; 2005). Descreve-se a seguir as etapas desta pesquisa-ação, como foi planejado, bem como operacionalizado algumas intervenções do plano de execução.

No primeiro momento foi proposto o acompanhamento de 100 indivíduos dos quais 50 compõem o grupo controle, selecionando-os conforme a demanda espontânea, ao mesmo modo dos outros 50, ambos distribuídos em acompanhamento ambulatorial (em UBS) com retornos periódicos, ou visita domiciliar. A seleção dos indivíduos foi restrita à aqueles com dificuldades para ler e escrever (analfabetos funcionais ou não), ou aqueles autodeclarados incapazes de compreender claramente a prescrição/receituário médico, não

foram organizados quanto a gravidade inicial da hipertensão, fazendo parte da totalidade indivíduos com hipertensão grau I, II e III tanto no grupo controle, quanto no grupo acompanhado

- Realizou-se um teste controle randomizado, para avaliar a efetividade do método. Selecionou 50 pacientes a serem aplicados o método, e mantiveram-se outros 50 em observação, sem a adoção do método, como população controle (de perfil semelhante ao outro grupo);
- Avaliou a resposta na eficiência terapêutica após a adoção do método proposto, durante 5 semanas com visitas frequentes e por 6 meses com visitas de menor frequência (15 a 30 dias);
- Compararam-se os resultados pelo *checklist* proposto em duas etapas (após 5 semanas e após 6 meses).

### 3.1 PLANEJAMENTO/DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A origem do trabalho apresentado deu-se no início de 2019, quando o autor iniciou suas atividades pelo Programa Mais Médicos e foi designado como médico da Unidade Básica de saúde no distrito de Pau d'Alho do sul. Logo no início notou-se a necessidade de uma nova abordagem terapêutica diante da realidade apresentada, pois não havia qualquer sistematização terapêutica, ou avaliação de resultados e da efetividade no tratamento dos pacientes acompanhados pelo PSF até então. Observou-se um grande número de pacientes com descontrole não somente da hipertensão, mas também de suas comorbidades de modo geral.

Vale lembrar que os eventos adscritos nesta ação, já ocorriam pela necessidade do cenário e não tinham por fim uma proposta acadêmica, portanto alguns pontos foram adequados para dar forma inicial a um plano de intervenção, sendo que este se modificou ao longo de seu desenvolvimento.

Afim de que houvesse a conscientização dos atuantes no PSF, a respeito das dificuldades enfrentadas pelos pacientes analfabetos e como isso afeta a adesão e a efetividade dos tratamentos medicamentosos, foi realizado um seminário central com todos os profissionais da UBS Pau D'Alho do Sul, sendo esta uma equipe do PSF resumida a uma enfermeira, duas técnicas de

enfermagem, além de dois agentes comunitários atuantes no território há três (3) anos. A partir do que foi apresentado em seminário, levando em conta a vivência e observações de cada membro, um plano piloto foi estruturado para dar soluções à problemas pré-existentes, aprimorar o trabalho desempenhado pelos membros da equipe e incentivar a incorporação de novas práticas que possam contribuir na melhora do serviço prestado, como no bem-estar da comunidade.

Para a execução da fase de Ação, foi proposto como ponto de partida o levantamento de dados epidemiológicos, com foco no número de hipertensos e de pacientes analfabetos atendidos pelo PSF. A partir dos dados obtidos tornar-se-á possível a criação de etapas e nelas definir o papel de cada membro da equipe do PSF no planejamento e na execução deste projeto. Também se espera tomar conhecimento da demanda a ser atendida e com isso ter uma mensuração dos recursos inerentes a sua execução.

Durante os trabalhos em campo que vinham sendo executados, principalmente os relacionados às visitas domiciliares, percebeu-se que certos pacientes que apresentavam melhor controle de suas doenças, em particular a hipertensão (pois pode ser mensurada em valores), utilizavam de algum recipiente a dispor suas medicações e facilitar sua administração. Ao replicar a mesma estratégia a outros pacientes notaram-se bons resultados, o que impulsionou nossa equipe a adotar e aperfeiçoar tal medida como ferramenta norteadora em nosso plano.

Outro ponto relevante que foi discutido no seminário foi sobre a conscientização de nossos pacientes, pois estes não compreendiam os males da hipertensão em sua saúde ou mesmo o benefício de seu tratamento.

Sendo assim, as etapas definidas no planejamento resumidamente se estruturam: no levantamento de dados epidemiológicos, na correção dos pontos de fragilidade, principalmente aqueles que tangem a adesão medicamentosa, a conscientização de nossos pacientes a fim de torná-los mais comprometidos com seus tratamentos e por último analisar o impacto das medidas adotadas. O cronograma proposto em nosso planejamento esta distribuído na Tabela 1.

Tabela 1- Cronograma das atividades do planejamento

Objetivo	Estratégia	Duração (dias)	Envolvidos	População Alvo/amostra	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de Divulgação dos recursos educacionais
Identificar problema na comunidade da UBS pau d' alho do sul	A identificação do problema ocorreu por meio da observação nas consultas médicas, bem como entrevistas, visitas às residências durante o trabalho desempenhado pelo PSF desde o início de 2018.	90	Médico, enfermeira, ACS'S e técnicas	Pacientes da UBS pau d' alho do sul	Dezembro de 2018 - março 2019	E-sus/data-sus. dados coletados previamente e durante a pesquisa ação.	UBS local e secretaria de saúde do município.
Definir plano de ação para pacientes analfabetos da comunidade	Para desenvolver um plano de ação para a comunidade, utilizar-se-á como embasamento científico estudos realizados com pacientes que apresentam mesmo comportamento (pacientes analfabetos e a falta de adesão ao tratamento medicamentoso) e avaliará o melhor recurso a ser empregado.	40	Médico, enfermeira, ACS'S e técnicas	Pacientes analfabetos da UBS pau d' alho do sul	Março/abril 2019	Estudo de pesquisas já realizadas nesse sentido, acesso às plataformas digitais, tais como: pubmed e unasus	UBS local e secretaria de saúde do município.
Divulgar plano de ação aos profissionais do PSF.	O plano de ação foi elaborado durante reuniões, onde os profissionais do PSF puderam expor ideias, sanar dúvidas, ouvir sugestões, além de identificar os papéis de cada membro no trabalho em questão. Apesar da firmação do compromisso acontecer durante o primeiro seminário, já havia sido discutido e apresentada a proposta em fev/mar 2019 nas rotinas de UBS.	2	Médico, enfermeira, ACS'S e técnicas	Profissionais da UBS pau d' alho do sul	Abril 2019	Apresentação Datashow (power point).	UBS local + UBS central e secretaria de saúde do município.
Divulgar plano de ação à comunidade	O plano de ação foi divulgado por meio de nossos agentes comunitários de saúde, em visitas à pacientes e nas próprias consultas	Todo o tempo do plano de ação	Médico, enfermeira, ACS'S e técnicas	Comunidade do distrito pau d' alho do sul	Maió/jun 2019	Publicação em cartazes, folhetos	UBS local e na rede de apoio a comunidade (Igreja do município e

da UBS	médicas. Também foi realizada uma palestra aberta à população.	cras).
Dividir as caixas	As caixas serão subdivididas assim que recebidas e armazenadas para posterior distribuição	UBS local e residência dos pacientes.
Acompanhar pacientes que estão participando do plano de ação	Visitas mensais serão realizadas às residências da comunidade, no qual, por meio de uma entrevista direcionada. Será possível observar a adesão do paciente à metodologia empregada e também o preenchimento do <i>check list</i> .	UBS local e residência dos pacientes.
Avaliar evolução dos pacientes	Reuniões serão realizadas com os profissionais da UBS com a finalidade de discutir a evolução de cada paciente participante do projeto	UBS local e ao final na secretaria de saúde.

Desde abril 2019

Julho 2019

Desde abril 2019

Segundo semestre de 2020

baner + flyer, apresentação datashow (power point) microsoft excel (planilha controle).

Fonte: Autoria própria.

### 3.2 FASE DA AÇÃO

Conforme a proposta do plano de intervenção, nesta fase (Ação), dá-se foco em três (3) tópicos principais: a aplicabilidade, a implantação e implementação. Posteriormente avaliam-se os resultados obtidos, assim como se discute as dificuldades e intercorrências pertinentes ao longo de seu desenvolvimento. Vale lembrar que em decorrência da pandemia da COVID-19, em 2020 houve significativa mudança organizacional em nosso meio, o que resultou em alterações no modo de trabalho, como o encerramento das atividades em campo e conseqüentemente prejudicando a execução de etapas da ação.

O planejamento do plano de intervenção e a análise de sua aplicabilidade se deu no fim do primeiro semestre de 2019 e sua implantação/implementação transcorreu-se no segundo semestre de 2019 e teria continuidade em 2020, mas; devido à pandemia e suas medidas de distanciamento social, houve um gigantesco impacto na demanda regular de atendimentos, com aumento na recusa de visitas domiciliares pelos pacientes, além do cancelamento/abstenção das consultas pré-agendados em UBS, tornando não somente inviável a continuidade do acompanhamento, como a análise final ou mesmo o levantamento de seus dados. O plano foi suspenso em meados de janeiro/fevereiro de 2020, visando à segurança não só de nossa equipe, como também de nossos pacientes.

#### 3.2.1 Aplicabilidade

O método proposto compõe-se de uma ideia simples, que contempla recursos acessíveis, conta com a contribuição principal de nossa equipe, coordenada e capacitada através de rodas de conversa e reuniões na própria unidade. O plano encontra-se dentro de nossa governabilidade, com recursos disponíveis de nosso dia a dia, e sua factibilidade é facilitada através do controle com medicações disponíveis pelo SUS e conseqüentemente de fácil acesso pelos seus usuários. A terapêutica medicamentosa norteadora fez-se pela diretriz de hipertensão do ministério da saúde, previamente abordada.

#### 3.2.2 Implantação

A elaboração da implantação e suas etapas constituintes, foi discutida em reuniões que já ocorriam na rotina de trabalho do PSF, apenas incorporou-se a essas reuniões um espaço para o desenvolvimento de um plano; a elaboração de uma estratégia que faria com que os pacientes acompanhados se tornassem mais aderentes ao seu tratamento, e que para isso era necessária a colaboração e participação de toda a equipe. Através destas reuniões decidiu-se que a adoção de uma caixa com pictogramas (CP) era a solução mais efetiva, pois estaria dentro da factibilidade e recursos disponíveis, demonstrou benefícios quando adotada e poderia ser amplamente distribuída à comunidade.

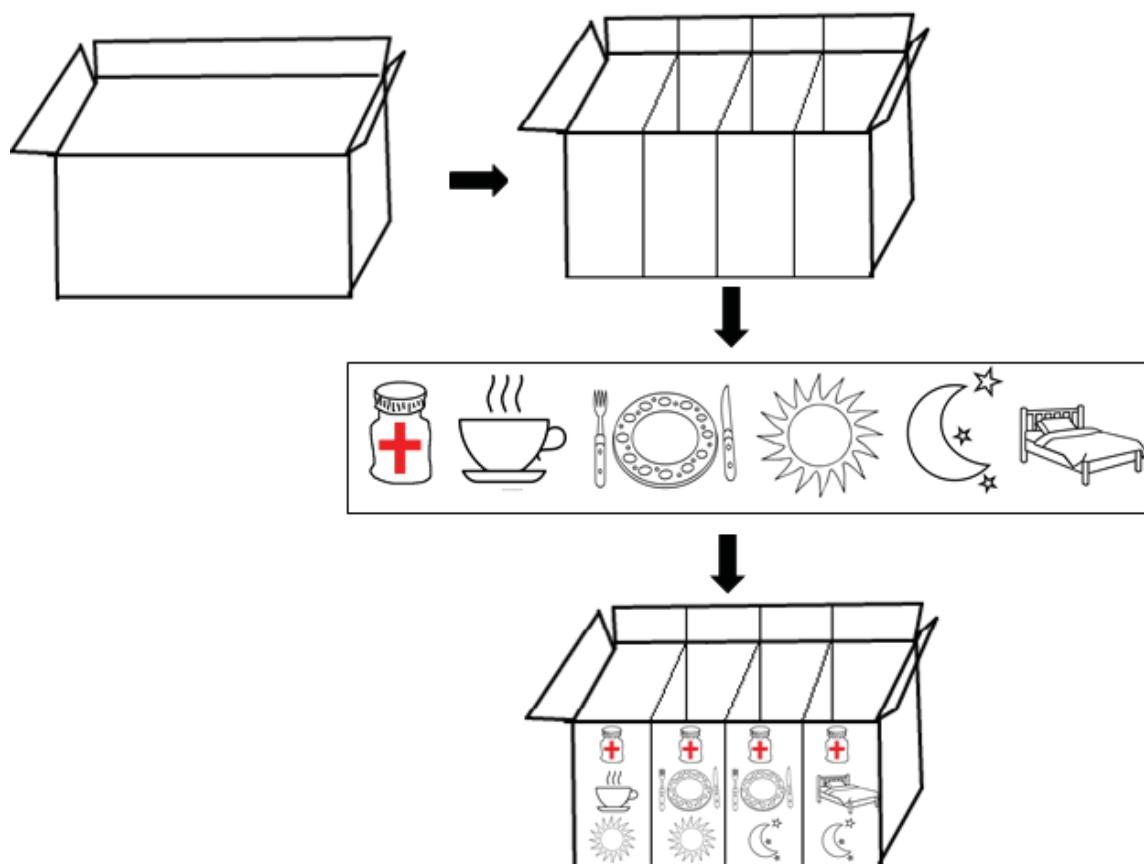
Tomando como ponto norteador o uso da caixa com pictogramas (CP), foi proposto o levantamento epidemiológico da área em que o PSF fosse atuante, e através dele obter conhecimento do número de indivíduos hipertensos, quantos apresentavam bom controle, bem como estipular um número de quantas caixas CP deveriam ser produzidas e a quem distribuí-las.

Em outra dessas reuniões foi realizado um seminário com foco na Hipertensão arterial (HA), onde não só houve a capacitação da equipe do PSF quanto aos malefícios da HA, como para que seus membros tornassem-se capazes de aferir a pressão arterial (PA) e assim realizar atividades em campo. Neste mesmo momento, surgiu a proposta de que fosse administrada uma palestra à população sobre os males da HA, nela também seria realizada aferição da PA e a apresentação da caixa com pictogramas (CP). Estas palestras aconteceram em dois momentos em setembro e outubro de 2019, uma na igreja da comunidade Pau d'Alho do sul e outra em um espaço cedido pela prefeitura local (em parceria com a secretaria de saúde), houve grande participação da população, e completou uma das etapas propostas em nosso plano (a conscientização da população).

As etapas propostas na implantação desta intervenção iniciaram-se com a escolha da caixa de pictogramas como ferramenta no controle da hipertensão, bem como a produção e familiaridade de seu uso pela equipe. Em conjunto do levantamento epidemiológico da população atendida na área, assim identificando os indivíduos que pudessem ter benefício no uso da CP, além da conscientização da população sobre os malefícios da HA. Outras etapas que completam o plano de Intervenção são o acompanhamento desses pacientes, bem como a análise/impacto dessa Ação, e serão discutidas mais adiante no tópico da implementação.

Para iniciar a produção das caixas, utilizou-se dos recursos disponíveis em nossa própria unidade, o papelão de caixas onde eram armazenadas medicações, deu utilidade ao que seria descartado. Os Pictogramas foram também impressos na UBS, através de uma impressora comum e então padronizados nas figuras de um sol e uma lua, em alusão ao dia e a noite, e em uma xícara de café, um prato e uma cama, representando horários das refeições ou ao de deitar-se, como mostra a Figura 3.

Figura 3 - Representação de como funcionará a distribuição dos medicamentos nas caixas identificadas com pictogramas



Fonte: Autoria própria

A etapa que avaliará os indicadores de resposta e impacto causado pelo plano de ação, nos pacientes participantes deste projeto, baseou-se no preenchimento de um formulário em entrevista direcionada (*checklist*) e na observação direta. Ocorreu durante as consultas na UBS e nas visitas domiciliares, e leva em conta pontos como a adaptação do paciente ao método da caixa com pictogramas (CP) e sua evolução quanto ao tratamento.



Os profissionais responsáveis pelo preenchimento do *checklist* (Mostrados na Tabela 2) são o Médico da unidade, além dos ACS's. O momento escolhido para sua realização se dará juntamente da etapa que visa o acompanhamento dos pacientes ao longo do tempo; aconteceu durante as visitas domiciliares ou em consultas ambulatoriais na UBS. O tempo de acompanhamento estipulado foi de seis (6) meses, sendo o paciente avaliado regularmente no mínimo a cada mês, e o *checklist* aplicado entre a quinta (5ª) e sexta (6ª) semana e novamente entre a vigésima terceira (23ª) e vigésima quarta semana (24ª).

Tabela 2 - *Checklist* de avaliação quanto a utilização da caixa com pictogramas.

	SIM	NÃO	Observação
O paciente está utilizando a caixa?			
O paciente está tomando os medicamentos regularmente?			
Nota-se melhora no quadro do paciente?			
O paciente sentiu dificuldade em tomar as medicações?			
O método ajudou na administração das medicações?			
O paciente mantém o valor da PA satisfatório?			

Fonte: Autoria própria

Afim verificar se o plano de ação descrito neste trabalho foi efetivo em relação à adesão ao tratamento medicamento pelos pacientes analfabetos da comunidade atendida na UBS Pau D'Alho do Sul, serão realizados encontros mensais entre a equipe do PSF para discutir os casos separadamente. Nesta fase serão avaliadas e comparadas as respostas obtidas no *checklist*, como também as evoluções observadas por meio das consultas e na visita domiciliar, observando o comportamento da PA descrita em prontuário.

### 3.2.3 Implementação

A apresentação do plano piloto a equipe ocorreu em abril e maio de 2019, sendo desenvolvido durante as reuniões de debate interpessoal (que acontecia de rotina e mensalmente), teve boa aceitação e comprometimento pela maior parte dos membros. A palestra sobre a hipertensão e seus males foi administrada à população em maio, e junto do acompanhamento ambulatorial de rotina contribuiu para a

seleção dos pacientes participantes, que foram definidos em junho e julho (maior que o período previsto e planejado).

O acompanhamento dos selecionados foi planejado para dar-se sempre semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, dando maior regularidade para pacientes que referiram dificuldades de adaptação no uso da CP ou aqueles que mantiveram descontrole da pressão arterial (PA). Um grupo menor foi avaliado em domicílio, e outro grupo maior durante consultas na UBS, ambos incentivados a usar a CP para controle diário de medicações. Há Também pacientes que se negaram a fazer uso da caixa com pictogramas (CP), bem como aqueles que mantinham assiduidade irregular em seu acompanhamento. Esses dois últimos foram usados como grupo controle, baseando-se de seus valores de PA, comparando-os com o que adotaram a CP.

Os agentes comunitários realizavam suas visitas sempre no período vespertino (entre as 13h e 15h30min), das segundas as sextas-feiras, juntamente a atividades habituais do PSF. Nestas visitas foi feita a aferição da PA, checagem das medicações e como transcorria sua administração, a fim de identificar qualquer erro no uso da CP. Em seguida davam-se as orientações pertinentes, assim como os registros em prontuário (já de rotina do PSF), tudo com duração média de 10 a 15 minutos por visita. Também houve a alimentação da base de dados habitualmente realizada no sistema E-sus, ocorrendo semanalmente.

A confecção das caixas com pictogramas (CP) contou com a colaboração dos técnicos de enfermagem e dos ACS's, era feita aproveitando-se das caixas adquiridas na farmácia municipal, suas divisórias construídas com papelão e fixadas com esparadrapo ou qualquer fita adesiva que se tivesse acesso. Inicialmente os pictogramas eram desenhados por quem fizesse a caixa, mas ao notar-se que isso demandava de muito tempo, além de poder gerar erros de interpretação para quem fosse fazer uso, optou-se pela impressão dessas figuras em impressora gráfica comum.

O trabalho em campo, com a coleta dos dados e acompanhamento transcorreu-se na segunda metade de agosto de 2019 até a primeira quinzena de dezembro do mesmo ano (em virtude das férias coletivas de nossos colaboradores), e deveria ser retomado em janeiro de 2020, porém devido à pandemia causada pelo Sars-cov<sup>2</sup> causador da Covid-19, não podemos dar continuidade ao trabalho e aplicação do *checklist* final (na 23<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> semana). Além disso, houve também o

remanejamento da equipe e adequação das unidades para o atendimento a Covid, bem como mudanças na rotina do PSF como um todo. Portanto, vamos analisar os dados referentes a 5ª e 6ª semanas, a vivência, observação direta e relatos/dificuldades enfrentadas pela equipe no período (Agosto a Dezembro de 2019).

### 3.3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

As principais dificuldades apontadas pelos ACS's envolvidos foram relacionadas aos idosos que residem sozinhos, principalmente aqueles com histórico de transtornos de abuso como etilismo e tabagismo, não por dificuldade na compreensão e do método, mas sim pelo histórico e negligência com a própria saúde (em sua maioria homens). Ao longo das semanas observou-se também o abandono completo do método. Neste mesmo numero de pacientes ocorreu maior numero de internações e de complicações graves.

Em contrapartida os que apresentaram melhor aderência ao método e conseqüentemente melhora na aderência terapêutica e redução nos valores da PA, o que impactará diretamente sobre a morbidade e mortalidade cardiovascular, foram aqueles com algum tipo de evento cardiovascular prévio (como infarto e acidente vascular cerebral), principalmente os que são assistidos por algum familiar ou responsável devidamente instruído. Foi observado melhora da morbidade, que se traduziu pela capacidade do paciente em realizar atividades outrora consideradas de difícil realização.

Os aderentes ao método referiram maior facilidade na identificação das medicações, melhor controle do estoque, que impulsiona ao retorno em UBS na falta das medicações, assim como melhora na qualidade de vida e na segurança terapêutica ofertada pela equipe de saúde.

O que deu embasamento aos resultados previamente abordados foi a revisão de prontuários, além do seguimento ambulatorial e de visita domiciliar além da vivência dos envolvidos (como o médico da unidade, e agentes comunitários de saúde). Quanto ao *checklist*, este mais concreto ao que se propõe a dados e posteriormente a obtenção de informação, foi prejudicado em virtude de sua não aplicação no segundo momento, que seria realizado entre a 23ª (vigésima terceira) e

24ª (vigésima quarta) semana. Como mencionado anteriormente, em decorrência da pandemia causada pela COVID-19, houve o encerramento das atividades em campo (como as visitas domiciliares), como a abstenção dos participantes desta Ação. A Tabela 3 apresenta os resultados.

Tabela 3 – Resultados obtidos

	Grupo no início	Abstenções	Acompanhados no <i>checklist</i> da 5/6 semana	Usam a CP.	Não usam a CP.	PA com valores satisfatórios	PA com valores insatisfatórios.
Aderentes da CP	50	14	36	28	8	24 (20 usam e 4 não usam)	12 (8 usam e 4 não usam)
Controle	50	18	32	-	32	10	22
Total	100	32	68	28	40	34	34

Fonte: Autoria própria

Dos 68 (sessenta e oito) pacientes que responderam ao primeiro *checklist* aplicado entre a quinta e sexta semana, 36 (trinta e seis) ou seja 52%, fazem parte dos incentivados a usar a caixa com pictogramas. Destes, 28 (vinte e oito) mantiveram o uso da CP (41%), e 20 deles mantiveram valores satisfatórios da PA (29%). 8 pacientes (11%) deixaram de usar a CP por relatar não se adaptarem e destes apenas 4 (5%) tem bom controle da pressão.

32 pacientes (47%) entre os 68 participantes (100%), não fizeram uso da caixa com pictogramas (CP). Entre os não usuários, 22 (32%) mantiveram PA com valores insatisfatórios, e apenas 10 (14%) obtiveram valores satisfatórios.

### 3.4 AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

Por se tratar de uma pesquisa ação cujo foco é a implementação da CP como ferramenta que contribuirá para uma melhor adesão ao tratamento da hipertensão, não há comparação de fármacos entre si, ou da eficácia dos mesmos pelo paciente; mas sim quanto à adesão terapêutica do paciente. Em observação direta, no dia a dia da atenção básica, nota-se que grande parte dos indivíduos mantém a PA com valores insatisfatórios, não devido à gravidade da comorbidade, mas sim por abandono do tratamento regular, ou dificuldades em tomadas diárias das medicações.

A partir do momento em que se adotou o acompanhamento regular dos pacientes, juntamente ao método da organização das medicações em caixas com

pictogramas (CP), obteve-se valores de PA com melhores índices no grupo que adotou a CP como instrumento para administrar suas medicações diárias, se comparados aos que não fizeram uso. Portanto a Ação mostrou ter benefícios, logo a adoção da caixa com pictogramas (CP) é, em algum grau, uma estratégia efetiva na melhora da adesão terapêutica.

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA, 2020), menciona que em um estudo longitudinal brasileiro, retrospectivo, com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção multiprofissional em hipertensos idosos com 80 anos ou mais (n = 71), acompanhados em serviço especializado por um tempo médio de 15,2 anos mostrou a redução dos valores da PA e o aumento das taxas de controle dela, com otimização do tratamento. Uma revisão sistemática composta por 80 estudos realizados nos Estados Unidos, no período de 1980 a 2012, mostrou a eficácia do atendimento em equipe. Observou-se o aumento de 12% nas taxas de controle da PA, com a redução da mediana da PA sistólica (PAS) de -5,4 mmHg e da PA diastólica (PAD) de -1,8 mmHg, principalmente quando enfermeiros e farmacêuticos compunham a equipe. Tais resultados foram observados em diversas configurações multiprofissionais e em diferentes grupos populacionais norte-americanos (DBHA, 2020).

Portanto abordagens multiprofissionais que visam o acompanhamento do paciente ao longo do tempo, de modo geral apresentam-se com resultados positivos, e constitui um método eficaz para a melhoria do controle de comorbidades, em particular a hipertensão. Logo, a adoção da caixa com pictogramas (CP) enquadra-se nesse perfil, e contribuirá de forma benéfica quando adotada; embora sua aplicação e avaliação de seu impacto necessitem de uma abordagem mais consistente, seja no tempo dos pacientes acompanhados, como no número desses pacientes.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Naturalmente, por não haver um nivelamento entre os portadores da Hipertensão arterial (HA), ou seja, pacientes com hipertensão grave e leve são alocados em um mesmo grupo (o de usuários da CP ou os não aderentes a ela), não se pode dar maior profundidade ao quanto à adoção da CP foi fundamental para a redução dos valores pressóricos, já que estes se comportam de maneira diferente em cada indivíduo. É também importante salientar que cada indivíduo aqui analisado teve sua abordagem terapêutica proposta de modo individualizado, seguindo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, portanto alguns pacientes fazem uso de apenas uma ou duas medicações para o controle da HA, outros podem chegar a fazer uso de 4 a 5 fármacos para o mesmo fim.

Embora a Hipertensão arterial tenha sido o foco desta análise, a CP também foi adotada como estratégia para incentivar adesão terapêutica em todas as outras comorbidades que o indivíduo fosse portador. A escolha da HA aconteceu pela facilidade em seu acompanhamento, os custos para tal, além da capacidade de se mensurar em valores e assim acompanhar seu grau de melhora. A análise destas outras comorbidades foge do foco proposto, mas vale lembrar que também houve benefício em algum grau.

Outro ponto que interfere no resultado obtido deve-se ao baixo número de estudados ( $n = 100$ ), além dos casos de desistência, o que impactou diretamente nos dados e no resultado final. Parte das abstenções se deu em decorrência da pandemia causada pela COVID-19, onde os pacientes relataram medo de frequentar serviços de saúde onde pudesse haver a circulação do vírus, ou pelo contato com os colaboradores destes serviços.

Obviamente haverá imprecisões, incertezas e viés no presente trabalho, se comparados a estudos randomizados ou de coorte/caso controle; porém há também a premissa da metodologia da pesquisa ação, que busca a melhoria e o aperfeiçoamento do objeto do estudo, ao longo de seu desenvolvimento e de sua prática. Tal processo possibilita causar impacto em um curto prazo, e promover medidas realmente efetivas nos cenários em que são aplicados.

A adoção da caixa com Pictogramas mostrou-se como uma ferramenta efetiva para a melhoria da adesão terapêutica de seus usuários, em particular os

analfabetos, como também pode tornar-se um objeto de estudos mais apurados e refinados e assim mostrar-se útil se aplicada a realidades semelhantes as da comunidade aqui apresentada.

## 5 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. S. C. et al. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 611–624, 2016.

DBHA, Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2020. Disponível em: <[https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x80020.pdf](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x80020.pdf)> . Acesso em: Out/2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios : Síntese de Indicadores 2015**. Rio de Janeiro: Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2016.

PADDICK, S. et al. Cognitive screening tools for identification of dementia in illiterate and low-educated older adults , a systematic review and meta-analysis. **International Psychogeriatrics**, v. 29, p. 897–929, 2017.

**Prefeitura de Assaí**. Disponível em: <<https://www.assai.pr.gov.br/>> Acesso em: setembro 2020.

SAMPAIO, L. F. et al. Pictogramas como linguagem para a compreensão da prescrição medicamentosa. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 89, n. 2, p. 150–154, 2008.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466.



## APÊNDICE 1

Primeiramente nossos colaboradores foram capacitados de modo a reproduzir a ideia ao ponto de ensiná-la ao paciente e identificar caso algo esteja errado ou fora de ordem. Assim o método deve ser simples e de fácil compreensão, limitando as tomadas diárias de duas a até no máximo de quatro (4) vezes ao dia, distribuídas em duas no período diurno (café e almoço) e duas no período noturno (jantar e antes de deitar-se). Cada espaço (divisão) é ocupado por uma ou no máximo duas medicações, e nele é inserido o pictograma indicando a hora de administração. O exemplo de um paciente que faz uso de Losartana (BRA – controle de hipertensão) duas vezes ao dia, e Hidroclorotiazida (Diurético – controle de hipertensão) seria composto por duas divisórias, uma para cada medicação, na correspondente a do Losartana seriam inseridas uma xícara no período diurno e um prato no período noturno, e apenas uma xícara no período diurno na divisória do Hidroclorotiazida, deixando o período noturno em branco.

Quando tomado o primeiro contato com o indivíduo a tomar parte do plano, é aferida sua PA, sentado e após 15 minutos de repouso durante 3 ocasiões e toma-se como dado inicial para aquele indivíduo a média dos valores obtidos, sendo classificado em pre-hipertenso, hipertenso graus I,II, e III. Durante a visita, realizada pelo agente comunitário de saúde ou pelo técnico de enfermagem, ou mesmo pelo médico, há a checagem da prescrição medica, verificando se as medicações estão corretamente distribuídas em suas divisórias, e se o paciente ou cuidador estão familiarizados e fazendo uso correto das mesmas. Aqueles com boa mobilidade e que podem deslocar-se até a UBS acabam por levar a caixa com as medicações já corretamente distribuídas.